

Summary of Services and Cost Shares

Non-Kaiser benefits are not covered, except in emergencies. Benefits shown are for services through a Kaiser provider. Benefits provided under the Kaiser Plan follow the terms and conditions of an Evidence of Coverage (EOC). You may contact UNITE HERE HEALTH or Kaiser Permanente Member Services for a copy of your Plan's EOC.

Your Cost Share is the amount of the Allowable Charge for a Covered Service that you are responsible for. Cost Shares are either Copayments (a flat dollar amount) or Coinsurance (a percentage of Allowable Charges).

This is a summary of the benefits payable under the Kaiser Permanente HMO. If there are any conflicts between this summary and the contract with Kaiser, the contract will govern.

Effective: 06/01/2019 • Vigente a partir del: 06/01/2019

Resumen de Servicios y Participación en los Costos

Beneficios fuera de la red Kaiser no están cubiertos, excepto en emergencias. Beneficios indicados son proporcionados para servicios dentro la red Kaiser. Los beneficios proporcionados bajo los plan de Kaiser cumplen con los términos y condiciones de la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, o EOC). Puede comunicarse con el Departamento de Servicios a los Miembros de Kaiser Permanente o con UNITE HERE HEALTH para obtener una copia del EOC de su Plan.

Su Participación en los Costos son los Cargos Admisibles correspondientes a un Servicio Cubierto del que usted es responsable. La Participación en los Costos pueden ser copagos (un cargo fijo en dólares) o un coseguro (un porcentaje de los Cargos Admisibles).

Este es un resumen de los beneficios que se pagan bajo la HMO Kaiser Permanente. En caso de que hubiera conflictos entre este resumen y el contrato con Kaiser, el contrato regirá.

| Kaiser Permanente HMO | |
|---|---|
| Calendar Year Deductible | \$0 |
| Office Visits | You Pay |
| Preventive Care | \$0 |
| Primary Care Provider (PCP) Visit <i>(including mental health/ substance abuse visits)</i> | \$25 20% for procedures performed during an office visit |
| Specialist | \$35 20% for procedures performed during an office visit |
| Emergency and Urgent Care | You Pay |
| Urgent Care Center (UCC) | \$50 |
| Emergency Room (ER) <i>(copay waived if admitted)</i> | \$250 20% for labs and advanced imaging |
| Ambulance | \$150 |

| Kaiser Permanente HMO | |
|---|--|
| Deducible por Año Calendario | \$0 |
| Visitas a la Clínica | Usted Paga |
| Atención Preventivo | \$0 |
| Visita del proveedor de atención primaria (PCP) <i>(incluyendo las visitas de salud mental/abuso de sustancia)</i> | \$25 20% para procedimientos realizados durante una visita al consultorio |
| Especialista | \$35 20% para procedimientos realizados durante una visita al consultorio |
| Servicios de Emergencia y Atención de Urgencias | Usted Paga |
| Centro de Urgencias | \$50 |
| Sala de Emergencias (ER) <i>(sin copago si es admitido)</i> | \$250 20% para laboratorios e imágenes avanzadas |
| Ambulancia | \$150 |



Kaiser Member Services
(844) 639-8657

Find a network provider near you at www.kp.org

Encuentre un proveedor dentro de la red cerca de usted en www.kp.org

Turn over for more information | Vea el reverso para más información

| Lab and Imaging | You Pay | |
|---|---|-------------------------------|
| Laboratory Services | Office \$0 | Hospital Outpatient 20% |
| Diagnostic Radiology (X-ray) | \$0 | |
| Diagnostic Imaging (CT, MRI, PET), Cardiac Testing | 20% | |
| Outpatient Services | You Pay | |
| Outpatient Surgery | 20% | |
| Physical/Speech/ Occupational Therapy | \$25 <i>Limited to 20 visits/year for each type of therapy</i> | |
| Inpatient Services | You Pay | |
| Hospitalization <i>(including mental health/ substance abuse)</i> | 20%* *\$0 cost-sharing for maternity | |
| Skilled Nursing Facility | 20% <i>Limited to 100 days/year</i> | |
| Other Care and Expenses | You Pay | |
| Home Health Care | \$0 | |
| Hospice Care | \$0 | |
| Medical Equipment for Home Use | 20% | |
| Most Non-Network Medical Benefits | Not covered, except urgent and emergency care | |
| Out-of-Pocket Spending Limit | You Pay | |
| Once your costs reach the limit in a calendar year, <i>(excluding certain charges — see the Kaiser EOC for more information)</i> , benefits will be paid at 100% for the rest of the calendar year. | \$3,500 per person or \$9,400 per family | |

| Laboratorio y Exámenes por Imágenes | Usted Paga | |
|--|---|--------------------------------|
| Servicios de Laboratorio | Consultorio \$0 | Paciente Ambulatorio 20% |
| Diagnóstico por Radiología (Rayos X) | \$0 | |
| Diagnóstico por imagen (CT, MRI, PET), pruebas cardíacas | 20% | |
| Servicios Ambulatorios | Usted Paga | |
| Cirugía Ambulatoria | 20% | |
| Terapia Física, del Habla o Ocupacional | \$25 <i>Limitado a 20 visitas/año por cada tipo de terapia</i> | |
| Servicios con Hospitalización | Usted Paga | |
| Hospitalización <i>(incluyendo salud mental/ abuso de sustancias)</i> | 20%* \$0 de costos compartidos para la maternidad | |
| Instalaciones de Enfermería Especializada | 20% <i>Limitado a 100 días/año</i> | |
| Otro Cuidado y Gastos | Usted Paga | |
| Atención a la Salud en el Hogar | \$0 | |
| Cuidados Paliativos (Hospicio) | \$0 | |
| Equipo Médico para Uso en el Hogar | 20% | |
| La mayoría de los beneficios médicos que no pertenecen a la red | Sin cobertura, excepto atención urgente y de emergencia | |
| Límite de gastos directos | Usted Paga | |
| Una vez que alcance sus gastos directos en un año calendario, <i>(excluyendo ciertos cargos, consulte la EOC de Kaiser para más información)</i> , los beneficios se pagarán al 100% para el resto del año calendario. | \$3,500 por persona o \$9,400 por familia | |

Choosing your prescription drugs

Kaiser Permanente has a drug formulary, or a list of preferred drugs, to help your doctor pick the right drug for you. You can find the most current version of the drug formulary online at www.kp.org/formulary

As an added benefit, you may save time and money on prescription drug refills with Kaiser's EZ Refill line. Call **(800) 700-1479** toll-free and follow the instructions. This service is available 24/7.

This is a summary of the benefits payable under the Kaiser Permanente HMO. If there are any conflicts between this summary and the contract with Kaiser, the contract will govern.

Elegir sus medicamentos recetados

Kaiser Permanente tiene un recetario de medicamentos, o una lista de medicamentos preferidos para ayudar a su médico a elegir el medicamento adecuado para usted. Puede encontrar la versión más actualizada del recetario de medicamentos en línea en www.kp.org/formulary

Como un beneficio adicional, usted puede ahorrar tiempo y dinero en recargas de medicamentos recetados con la línea de recarga "EZ Refill" de Kaiser. Llame gratuito al **(800) 700-1479** y siga las instrucciones. Este servicio está disponible 24/7.

Este es un resumen de los beneficios que se pagan bajo la HMO Kaiser Permanente. En caso de que hubiera conflictos entre este resumen y el contrato con Kaiser, el contrato regirá.

Effective: 06/01/2019 • Vigente a partir del: 06/01/2019



| Kaiser HMO Copays | Retail (up to a 30-day supply) | Mail Order (up to a 90-day supply) |
|--|---|---|
| Drug Category | You Pay | |
| Generic | \$10 | \$20 |
| Preferred Brand | \$25 | \$50 |
| Non-Preferred | \$40 | \$80 |
| <i>Only available at Kaiser pharmacies</i> | | |

| Copagos de Kaiser HMO | Venta de suministro (hasta un suministro de 30 días) | Pedido por correo suministro (hasta un suministro de 90 días) |
|---|---|--|
| Categoría de medicamentos | Usted Paga | |
| Genéricos | \$10 | \$20 |
| Marca preferida | \$25 | \$50 |
| No preferida | \$40 | \$80 |
| <i>Sólo disponibles en farmacias Kaiser</i> | | |